



DE,0049 1579-2627886
UK:00447780585377



Malteser - Care
seit 1999



service@malteser24.care
www.malteser24.care

24 STUNDEN PFLEGE ZU HAUSE
GEBORGENHEIT. VERTRAUEN. ZUHAUSE

Anamnesebogen



Ansprechpartner

	Frau	Herr	
Titel	*	*	
Vorname	Nachname	Foto der zu betreuenden Person	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer	E-Mail	Geburtsdatum	
Beziehung zur betreuten Person:			
Sohn	zu betr. Person	Bruder	Schwiegersohn
Tochter	Ehepartner/ in	Schwester	Schwiegertochter
			Enkel/ in
			gesetzl. Betreuer
			Sonstige

Zu betreuende Person:

	Frau	Herr	
Titel	*	*	*
Vorname	Nachname	Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer	E-Mail	Größe	Gewicht
Krankenkasse	Versichertennummer		

Pflegegrad:

1	2	3	4	5	kein	Erstinstufung beantragt
Höherstufung beantragt:		ja	nein			
Höhe des ausbezahlten Pflegegeldes:		€	Wird der Entlastungsbetrag verwendet?		ja	nein

Hauptgrund für Betreuung:

Weitere Person im Haushalt: ja nein Gewünschter Beginn: sofort ab (Datum):
(wenn ja, bitte separaten Anamnesebogen ausfüllen)

Erste Anamnese ja nein Erfasst durch Erfassungsdatum *Pflichtangaben



Gesundheitsstatus

Körperlich

Nervensystem

Alzheimer	Demenz	Multiple Sklerose	Polyneuropathie
ALS	Parkinson	Epilepsie	Andere

Herz-Kreislauf-System

Bluthochdruck	Schlaganfall	niedriger Blutdruck	Herzinsuffizienz
Herzinfarkt	Herz-OP	Herzrhythmusstörung	Andere

Magen-Darm-Trakt

Morbus Crohn	Diabetes	Diabetes mit Insulinversorgung	Niereninsuffizienz
Dialyse	Gastrostoma	Chronischer Durchfall	Andere

Bewegungsapparat

Arthritis	Rheuma	Gehschwäche	Osteoporose	Andere
Arthrose				

Atemwege

Asthma	COPD	Tracheostoma	Beatmung	Andere
--------	------	--------------	----------	--------

Ansteckende Krankheiten

ja nein Wenn ja, welche?

Sonstiges

Dekubitus	an welcher Stelle?	Größe (cm)
Krebs	Diagnose:	Palliativversorgung

Weitere Informationen

NUR Erinnerung an Medikamenteneinnahme

ja

nein

Geistig

gut

eingeschränkt

unmöglich

Beschreibung

Erinnerungsvermögen

Personenbezogene Orientierung

Örtliche Orientierung

Situative Orientierung

Zeitliche Orientierung

Mentaler Zustand (Mehrfachnennung möglich)

aggressiv	ängstlich	anspruchsvoll	apathisch	aufgeschlossen	bestimmend
cholerisch	depressiv	freundlich	gereizt	innere Unruhe	instabil
launisch	skeptisch	teilnahmslos	vergesslich	Weglauff Tendenz	

Weitere Informationen (Hobbys, Interessen, Hoffnung, soziale Integration, Glauben, Isolation, Schmerzen, Ängste, etc.)

Kommunikation

Kann Bedürfnisse des Alltags mitteilen:	ja	nein	Beschreibung
Dialekt:	weitere Sprache(n):		
Sprechen	gut	eingeschränkt	unmöglich Beschreibung
Hören			
Sehen			
Weitere Informationen			

Inkontinenz

Urostoma	Darmstoma	Harninkontinenz	Stuhlinkontinenz		
Windeln	Einlagen	Anzahl der Wechsel pro Tag (circa)			
		Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung
Toilettengang					
Eingesetzte Hilfsmittel					
Toilettenstuhl	Urinflasche	Bettpfanne			

Mobilität

	Eigenständig	Unterstützung	Unfähig	Beschreibung	
Sitzen					
Stehen					
Gehen					
Aufstehen/ Sitzen im Stuhl					
Treppensteigen					
Umbetten/ Umsetzen (Transfer)					
Bewegen im Bett					
Bettlägerig	ja	nein	Sturzrisiko	ja	nein

Eingesetzte Hilfsmittel

Rollator	Badlifter	Bettlifter	Gehstock	Anti-Dekubitus Matratze
Pflegebett	Rollstuhl	Treppenlifter		Andere

Hygiene

	Eigenständig	Unterstützung	Übernahme	Beschreibung
Duschen/ Baden				
Mundhygiene/ Prothesenpflege				
Rasieren				
Nagel-/ Fußpflege				
Haarpflege				
Waschen am Waschbecken				
Intimpflege				
An-/ Auskleiden				
Auswahl der Kleidung				

	Ja	Nein	Übernahme	Beschreibung
Waschen im Bett				

Eingesetzte Hilfsmittel

Duschhocker Duschstuhl Handgriffe Wannenlifter

Weitere Informationen

Essen & Trinken

	Eigenständig	Unterstützung	Übernahme	Beschreibung
Vorbereitung der Mahlzeiten				
Nahrungsaufnahme				
Trinken				

Allergien/ Unverträglichkeiten

ja nein wenn ja, welche?

Klassifikation/ Ernährungsstatus

Normal Untergewicht Übergewicht starkes Übergewicht

	ja	nein	Beschreibung
Diät/ Ernährungsplan			
Kau-/ Schluckbeschwerden			
PEG Sonde			

Vorlieben/ Abneigungen

Tagesstruktur

Schlafrhythmus		von	Uhr	bis	Uhr
Aufwecken	ja		nein	um	Uhr
Zubettbringen	ja		nein	um	Uhr
Schlafstörungen	ja		nein	Beschreibung	

Nachteinsätze (pro Nacht):

keine	gelegentlich	1x	mehrfach	Beschreibung
-------	--------------	----	----------	--------------

Medikamente

ja	nein	Wenn ja, welche
----	------	-----------------

Hilferuf durch

Klingel	Babyphone	Hausnotruf/ Telefon
---------	-----------	---------------------

Tagesablauf

Morgen (zwischen 6:00 - 10:00 Uhr)

Vormittag (zwischen 10:00 - 12:00 Uhr)

Mittag (zwischen 12:00 - 14:00 Uhr)

Nachmittag (zwischen 14:00 - 18:00 Uhr)

Abend (zwischen 18:00 - 22:00 Uhr)

Nacht (zwischen 22:00 - 6:00 Uhr)



Externe Dienstleistungen

Angehörige	Ergotherapeut	Podologe/ Med. Fußpflege	Reinigungsservice
Nachtpflege	Tagespflege	Nachbarschaftshilfe	Physiotherapeut
Pflegedienst	Andere		

Welche externen Dienstleistungen werden weitergeführt?

Welche Tätigkeiten werden von wem übernommen und wie häufig?

Pflegedienst ja nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Firmenname Ansprechpartner

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefonnummer E-Mail

Hausarzt ja nein (Wenn ja, Kontaktdaten)

Name Praxis Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Telefonnummer E-Mail



Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

Geschlecht

weiblich männlich egal

Deutschkenntnisse

keine Grund mittel gut

Weitere Sprachen gewünscht?

Sprachniveau der weiteren Sprachen

keine Grund mittel gut sehr gut

Sonstige Wunsch-Anforderungen an die Betreuungsperson

Wohnungsart

Einfamilienhaus	Wohnung	Wohnfläche	m ²	davon zu reinigen:	m ²
Aufzug vorhanden	ja	nein	Internet vorhanden	ja	nein
Separates Bad	ja	nein	Separate Wohnung	ja	nein
Umgebung	ländlich	städtisch	Nächste Einkaufsmöglichkeit erreichbar in	Minuten	

Fahrzeug/e

PKW	Typ	Automatik	Gangschaltung
Fahrrad	E-Bike	weitere	

Weitere Informationen

Freizeitregelung der Betreuungskraft

1 Tag/ Woche	2 Tage/ Woche	2 halbe Tage/ Woche	andere
nicht vereinbart	mehrere Std./ tägl.		

Freier Tag: Mo Di Mi Do Fr Sa So

Wie wird die Betreuung während der Freizeit der Betreuungsperson überbrückt?
Haustier(e)

Katze	großer Hund	kleiner Hund	Vogel	andere
-------	-------------	--------------	-------	--------

Weitere Informationen zum Haustier
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Pflegedienst	Beratungsstelle	Internet	Messe	Krankenhaus	Arzt/ Therapeut
Flyer/ Prospekt	Name/ Ort des Empfehlenden:				

Einwilligung Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die MALTESER CARE LTD die in diesem Fragebogen zur Bedarfsanalyse enthaltenen, personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, erfasst und zum Zwecke der Anbahnung einer häuslichen Betreuung und Pflege an direkt beteiligte Partner weitergibt.*

Ich bestätige, dass die gemachten Angaben freiwillig nach meinem besten Wissen wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich zur Weitergabe der Daten befugt bin.*

Ich willige ein, dass mir die MALTESER CARE LTD passende Angebote per E-Mail oder Post zusendet und mich diesbezüglich telefonisch kontaktieren darf.

*

*

*

Ort Datum Unterschrift

*Pflichtangaben